



Implementación de tecnologías de cuidado: ¿Formas de cuidar o descuidar en las unidades críticas de un hospital público?

Implementation of Care Technologies:
ways of caring or neglect in the public hospital intensive care
units?

María Elena Valverde Rondo¹ *; Carlos Tello Pompa¹

¹ Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Trujillo. Av. Juan Pablo II s/n – Ciudad Universitaria, Trujillo, Perú.

*Autor correspondiente: mariavalverder@outlook.com (M. Valverde Rondo).

Fecha de recepción: 21 08 2023. Fecha de aceptación: 06 09 2023.

RESUMEN

Es frecuente observar a los pacientes en unidades críticas rodeados de máquinas que dificultan la interacción humana y a los enfermeros preocupados en el uso de tecnología dura y blanda – dura, rompiendo el vínculo con las tecnologías blandas, que los vuelve rutinarios, generando actitudes que predisponen al alejamiento de los pacientes. El objetivo fue comprender las formas de cuidar o descuidar en las unidades críticas de un hospital público. El soporte teórico estuvo sustentado en los conceptos de cuidado desde la mirada de la Salud Colectiva de Emerson Elias Merhy. Es un estudio cualitativo, de acción participativa que se enmarcó en la Teoría Problematicadora o de la concientización de Paulo Freire, con la participación de 16 enfermeras. Tuvo como resultado a las siguientes categorías: autonomía en la función que ejerce; saberes y prácticas implicados en actos cuidadores; momentos de hablar, escuchar e interpretaciones; momentos de confianza y esperanza; desvío en el cuidado/líneas de fuga. Se concluyó, que es necesario instituir espacios de problematización y reflexión de la práctica y así fortalecer la educación permanente en salud para regular y lograr cambios hacia el empoderamiento de los profesionales de enfermería en tecnologías blandas como articuladoras de las otras configuraciones tecnológicas.

Palabras clave: cuidado; tecnología; enfermería; trabajo en salud.

ABSTRACT

Patients in intensive care units are often surrounded by machines that hinder human interaction, and nurses are often concerned about the use of hard and soft-hard technologies, breaking the link with soft technologies that make them routine, creating attitudes that predispose nurses to distance themselves from patients. The objective was to understand the ways of caring or neglect in the intensive care units of a public hospital. The theoretical support was based on the concepts of care from the perspective of a study on Collective Health by Emerson Elias Merhy. It is a qualitative study of participatory action, framed in Paulo Freire's theory of problematization or conscientization, with the participation of 16 nurses. The following categories emerged: autonomy in the function performed; knowledge and practices involved in caregiving acts; moments of speaking, listening and interpreting; moments of trust and hope; deviation in care/lines of flight. The conclusion was that there was a need to create spaces for problematizing and reflecting on practice, thus strengthening the ongoing health education to regulate and achieve changes towards the empowerment of nursing professionals in soft technologies as articulators of other technological configurations.

Keywords: Care; technology; nursing; health work.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario se trabaja con pacientes que exigen el uso de diversas formas de abordar el problema clínico, como es el uso de tecnologías blandas basadas en la interacción con los pacientes, las cuales

pueden generar cambios significativos en el modo de trabajar en salud. No obstante, cada vez es más frecuente observarlos en unidades especializadas rodeados de equipos y máquinas que dificultan la comunicación y a los enfermeros preocupados en el

uso de la tecnología dura que se constituye en una práctica común, creando actitudes que predisponen el distanciamiento de los pacientes.

Como antecedente histórico, durante la Guerra de Crimea en 1854, Florence Nightingale consideró separar a los soldados en estado de gravedad de aquéllos que sólo tenían heridas leves, para cuidarlos de manera especial. Esta organización demostró, primeros avances de cuidado intensivo, con mejor pronóstico para los pacientes, hasta entonces desconocidos (Aguilar y Martínez, 2017).

En los años ochenta, surgen los modelos teóricos americanos, destacando el proceso enfermero, como instrumento metodológico que posibilitó el cuidado de los pacientes (Gomes et al, 2020).

Moraes y Rodrigues (2021), informan que a partir de los noventa hasta la actualidad el cuidado ha evolucionado hacia la especialidad de terapia intensiva, que incluye conocimientos, habilidades y actitudes para reconocer la fragilidad física, emocional y espiritual del ser humano, que conduce a la autonomía profesional, la responsabilidad y toma de decisiones como pilares del quehacer enfermero.

Rodrigues (2021) mostró que solo se pueden usar máquinas e instrumentos, que fueron simplificados como tecnología dura, única de cuidado. Escobar y Cid (2018) converge con Herrera et al. (2021) al referir barreras en la comunicación, trato deshumanizado y despersonalizado, es por ello que deben trabajar en conjunto con la tecnología, pero no vivir para ella, sin olvidar el centro del cuidado, a la persona y la familia.

No obstante, el mundo tuvo que enfrentar una nueva pandemia ocasionada por la COVID 19, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del año 2020, exigiendo a las autoridades gubernamentales y a los equipos de salud realizar cambios para dar respuesta a una población enferma, muy necesitada de cuidados intensivos, que fue insuficiente y condujo a la creación de nuevas unidades en la infraestructura que se contaba. Así mismo se necesitó mayor equipamiento, trabajo en equipo, buscar nuevos saberes por el desconocimiento de la enfermedad, uso de técnica avanzada, tolerancia al estrés, comunicación asertiva y una sólida base emocional a una muerte constante. (Sepulveda et al., 2021).

Frente a esta problemática, todavía predomina el modelo biomédico con énfasis en la medicina científica moderna, en base al paradigma cartesiano, con enfoque biológico y mecanicista del cuerpo, considerado como piezas unidas entre sí en una máquina compleja, que necesita ser

reducida a sus partes con el fin de conocer su conjunto (Souza et al. 2018).

Esta concepción, considera la salud como ausencia de enfermedad, con abordaje tecnicista de la asistencia, dejando de lado saberes, deseos y experiencias de las personas, con poca participación en la elaboración del plan terapéutico de cada uno de ellos. Mientras que, los trabajadores de salud bio-medicalizados, se comportan como instrumentos muy especializados y fragmentados, dejando la interrelación enfermera y paciente con una escucha desinteresada, actitud no acogedora, falta de responsabilidad, con frecuencia del cuidado (Abreu et al., 2017).

En esta perspectiva, el presente estudio se fundamenta en la micropolítica de trabajo vivo en acto en salud según E. Elías Merhy (Barbosa, et al., 2021; Rodrigues, 2021), quienes plantean las tecnologías en el trabajo en salud y son; 1) Tecnología leve y/o blanda, que incluye producción de vínculos, acogida, uso de habilidades de comunicación para lograr una adecuada expresión verbal, empatía, autonomía, corresponsabilidad, y postura ética para gobernar los procesos de trabajo. 2) Tecnología leve - dura, que comprende teorías, saberes estructurados de las disciplinas como epidemiología, medicina, enfermería, entre otras. 3) Tecnología dura, que implica los recursos materiales, normas de rutina y máquinas que actúan junto a estructuras de las organizaciones.

Tecnología deriva del término griego *techné*, que es el saber hacer, y *logos*, que es razón, de un saber con sensibilidad y habilidades de reconocer el que y porqué de un saber estructurado y justificada intencionalidad, produciendo resultados que satisfaga las necesidades singulares de las personas y así humanizar la asistencia (Shoji et al., 2017; Almeida et al., 2018). Mientras que, el trabajo vivo en acto en salud, es la producción del cuidado centrado en las tecnologías leves, con el encuentro entre dos personas, generando un juego de expectativas y producciones, que persiste solo cuanto el momento dure, en una marcada desconstrucción y construcción de la realidad social de pacientes para el autogobierno y aproximación del hacer en salud, en los proyectos de vida de las personas, sin dejar de considerar a las demás tecnologías. El trabajo muerto, esta centralizado en las tecnologías duras, dirigidas a la disfunción biológica, aunque son necesarias para la organización del trabajo, se corre el riesgo de que el cuidado sea menos creativo, poco sensible, frente a situaciones que impone la singularidad del paciente y la familia (Souza et al., 2018; Seixas et al., 2016).

A partir del referencial de Merhy, se integra los conceptos de Paulo Freire, que impulsa el pensamiento crítico y liberador de las tecnologías duras y blandas duras, para una sociedad justa y equitativa, con una mirada a la relación dialógica que lleva a la reflexión, sensibilidad, autonomía, y énfasis en la participación y empoderamiento de priorizar tecnologías leves en la UCI como el territorio de cuidado (Antonini y Heideman, 2020; Monroy et al. 2018).

Con este artículo se pretende contribuir a la reflexión de instituir las tecnologías leves como componentes indispensables, que operen en todo momento, articulado a las otras tecnologías, teniendo en cuenta la centralidad del cuidado en el paciente y no en el procedimiento, al promover prácticas que buscan garantizar la integralidad del cuidado que tenga sostenibilidad en las unidades críticas. El objetivo, de este trabajo es comprender las formas de cuidar o descuidar a pacientes de las unidades críticas de un hospital público.

METODOLOGÍA

Estudio de enfoque cualitativo que buscó la comprensión de los profesionales de enfermería en las unidades críticas de una Institución hospitalaria, como una fuente directa de datos y el investigador como principal instrumento. Se aplicó el Itinerario metodológico de Paulo Freire (Heidmann et al., 2017) con base en un diálogo horizontal, crítico y reflexivo, mediante la investigación de acción participante que lleva al empoderamiento del enfermero hacia la solución de un problema de salud. Constituyen tres momentos dialécticos y son: 1. Investigación temática: que es la recolección de datos que identificaron temas generadores, extraídos del diálogo con las enfermeras, al problematizar experiencias de cuidado al paciente crítico, en una interrelación humana, reflexiva con momentos de habla, escucha y acogida 2. Codificación/decodificación: que es la reflexión de cada tema generado, de una situación dada en el cuidado, luego es analizada a partir de la interpretación colectiva de los enfermeros, con apertura de nuevos proyectos existenciales en las tecnologías de cuidado. 3. Develamiento crítico, se da en el proceso de acción-reflexión-acción de la práctica, hacia la transformación, que procura liberar a los enfermeros de sus vivencias que no permite analizar las tecnologías leves, conocerlas, descubrir que hay en su interior y conducir a una sociedad más humana, no solo para modificar la práctica, sino para crear nuevas estrategias.

Los momentos referidos anteriormente se realizaron en cada una de las unidades, los que fueron constituidos en 5 círculos de

cultura, como un espacio dinámico de diálogo y saberes de enfermeros que se reunieron 2 veces al mes, para investigar temáticas de interés del grupo que llevaron a la reflexión de la articulación de las tecnologías de cuidado para buscar de forma colectiva, transformar la realidad hacia una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial para una mayor resolución hacia la integralidad del cuidado.

La muestra fue 16 enfermeras en ejercicio profesional, de las unidades críticas de un Hospital Público, que conformaron el Círculo de Cultura de la UCI adulto con 6 enfermeras, seguido del Círculo de Cultura de Shock Trauma de emergencia con 6 enfermeras y el Círculo de Cultura de la UCI pediátrica, con 4 enfermeras, seguido de un ideal común al discutir la percepción profunda de las tecnologías de cuidado.

La investigación temática se realizó en los meses de enero a julio del año 2022. Como criterios de inclusión se consideró: participación voluntaria, estar vinculado a la unidad crítica durante 1 año, asistencia a reuniones establecidas en cada círculo de cultura. En la exclusión se tuvo en cuenta: enfermeros que prestan servicios en áreas no críticas, o estar de vacaciones o licencia. Para garantizar el anonimato de las participantes fueron identificados con claves: E1, E2, E3 ... E16. El escenario de reuniones fue en las mismas unidades de los 3 círculos, en fechas programadas teniendo en cuenta la disponibilidad, con una duración promedio de 2 horas. Se constituyó el cuarto y quinto Círculo de diálogo con todos las participantes. Los datos fueron registrados en el diario de campo, asociados de grabaciones de audio y transcripciones en su totalidad.

En cada círculo, la investigadora presentó el objetivo y metodología de estudio, que comprende las etapas del Itinerario de Paulo Freire. Se inicia la investigación temática con el lanzamiento de la pregunta norteadora: ¿Cómo implementan las tecnologías de cuidado? ¿Cómo promueven el uso de tecnologías leves?, que motivó la discusión en cada círculo, socializando 12 temas en la pizarra por cada círculo. En la segunda etapa los 36 temas fueron presentadas al Cuarto Círculo de diálogo para que sea revisado hacia la codificación/decodificación. En la tercera etapa la información transcrita fue presentado a las enfermeras nuevamente al Quinto Círculo para que los temas fueran develados mediante un proceso de acción-reflexión-acción, que en base a la proximidad y similitud se obtuvieron 6 temas: Autonomía en la función que ejerce; Saberes y prácticas implicados en actos cuidadores; Momentos de hablas, escuchas e interpretaciones; Momentos de confianza y esperanza; Desvío en el cuidado/Líneas de fuga.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la búsqueda por alcanzar el objetivo propuesto en esta investigación, se tiene que los resultados descritos emergieron de las entrevistas de las enfermeras, y fueron analizados a partir de la pregunta norteadora, e identificados los temas generadores, desvelaron la estructura del fenómeno interrogado, siendo agrupadas en: autonomía en la función que ejerce; saberes y practicas implicados en actos cuidadores; momentos de hablas, escuchas e interpretaciones; momentos de confianza y esperanza; desvío en el cuidado/líneas de fuga, que explican en los siguientes temas:

Autonomía en la función que ejerce

La autonomía es definida como una condición de libertad del colectivo enfermero en la toma de decisiones, con juicio clínico para el cuidado, basado en teorías, modelos y evidencia disponible que fortalece la imagen profesional en el contexto de la interdisciplinariedad (Soares, 2019).

Desde esta perspectiva, la autonomía que ejercen las enfermeras en las unidades, se muestra según declaraciones a seguir:

(...) valoro si está saturando bien o no, la necesidad de aspirar secreciones, si el tubo orotraqueal está bien fijado para que no se vaya a salir durante el baño, porque allí si nos encontramos en apuros, puesto que corre en riesgo la vida del paciente (...) (E1)

(...) Valoro el grado de dependencia del paciente, generalmente son de grado IV, se realiza la monitorización, el baño, se administra el tratamiento, curación de vía central, cambio del fijador del tubo orotraqueal, aspiración de secreciones, medición del residuo gástrico para ver si damos dieta o no y ayude en su pronta recuperación (...) (E2)

(...) cuando el paciente tiene Traumatismo Encéfalo Craneano Grave y esta agitado, quiere levantarse de la cama, sacarse los catéteres instalados (...) recibe sedación y se informa al médico y si no se encuentra en la unidad yo tomé la decisión (...) porque le hace daño estar agitado (...) aumenta la presión intracraneana. (E15)

Puede percibirse en las enfermeras en estudio, una práctica segura, responsable y afectiva, determinada por la valoración del paciente crítico, con una descripción clara de atribuciones, independiente de la presencia del médico, que se fundamenta en conocimientos aprendidos, experiencia propia y habilidades adquiridas, con base en principios científicos, con el objetivo de reducir daños y días de hospitalización (Gomes et al., 2020).

Otro hallazgo importante, es que el poder de las enfermeras se hace visible cuando desarrolla su autonomía, como lo muestra la

codificación, al permitir el ingreso de los familiares a la unidad en diferentes horarios como se refiere en los siguientes discursos:

(...) es necesario la presencia de la familia en la unidad porque contribuye en el cuidado del paciente, sobre todo de aquellos que están saliendo de la etapa crítica y se van a sentir reconfortados (...) ello ayuda a su recuperación. (E3)

(...) la unidad tiene horarios de visita establecidos para el ingreso de familiares y son dos veces al día, pero hay momentos en que hay que ser comprensivos (...) por ejemplo cuando el paciente está en agonía (...) hay que permitir el acompañamiento familiar. (E16)

Las profesionales relatan flexibilidad de horarios en la visita de los familiares en las unidades de cuidado intensivo, el que es consistente, con el estudio de Venuti et al. (2021) y Guerrero et al. (2019), quienes afirman que el 78% de familias prefieren horarios de visita extenso, el cual es un indicador de satisfacción del cuidado, como trabajo vivo en acto, con la aplicación de acciones cuidadores, que se evidencian en respuestas humanas del paciente, como la mejora de la actividad cardíaca, menor incidencia de ansiedad, delirio y trastornos emocionales, logrando con la familia y personal de salud relaciones intercesoras.

En la perspectiva de los autores, las enfermeras desarrollan actos de salud, que estaría constituido por el protagonismo y la libertad que consiguen desarrollar en el cuidado del paciente.

En cambio, se encuentran en algunas enfermeras muchos desafíos para alcanzar la autonomía, porque priorizan las máquinas como se evidencia en los discursos:

(...) es necesario verificar las máquinas que el paciente tiene instalado (...) valorar cambios y es lo que reportamos al turno siguiente. (E15)

(...) la tecnología en el cuidado del paciente crítico, es muy ¡importante! porque es indispensable para valorar parámetros en las máquinas, si están normales o no y de acuerdo a ello actuar o comunicas al médico (...) o trato de solucionarlo. (E16)

Se observa que las participantes aplican prácticas especializadas con énfasis en tecnologías duras y semi-duras sobre el cuerpo enfermo y se desenvuelven en una rutina de hegemonía del paradigma biológico, que se da en función de los procesos patológicos, el cual es señalado por Benet et al. (2016) como trabajo muerto y que no es la ausencia del aparato tecnológico que los usuarios reclaman cuando necesitan los servicios de salud, más es la poca atención, descuido, indiferencia de los trabajadores, y en dar sentido y cuidado al dolor y sufrimiento.

Por consiguiente, en el develamiento crítico del tema autonomía, se requiere el apoyo en la práctica, mediante una estrategia de educación permanente en salud, a un grupo social de enfermeras que trabajan en las unidades críticas con la intención de implementar proyectos de práctica asistencial participativa y de hacer abstracciones de esta práctica en base a tecnologías leves con la intención de construir conocimiento acerca de la autonomía en el grupo profesional.

Saberes y practicas implicados en actos cuidadores

El tema generador presentado por los círculos de cultura considera que cuando actúan en la producción de un acto de salud, movilizan al mismo tiempo saberes y modos de hacer específico, sobre el problema que va a enfrentar, en el cual se manifiesta un saber territorializado en su campo de acción, que marca la dimensión cuidadora sobre cualquier tipo de acción profesional (Franco y Merhy, 2011).

De esta forma, se logra la intersección entre el problema concreto que se tiene delante y lo constituye en sí, el paciente que es portador de la patología que lo llevó a una situación crítica; unido a un recorte profesional del problema, que viene a ser núcleos en los cuales operan centralmente las tecnologías, como se develan en los siguientes discursos:

Las maquinas son una fuente de ayuda, por ejemplo, de todos los equipos, el ventilador es muy importante porque pasa a ser parte del cuerpo del paciente y si fallara, puede presentarse un paro cardiorespiratorio y morir (...) y ello me hace sentir mal, porque yo quiero entregar bien a mis pacientes. (E5) (...) la Sra. Irma, a pesar de estar despierta, no ventila por sí misma, depende mucho del ventilador, ella no está sedada, se deja llevar por el ventilador. Tal es así, que cuando suena la alarma, ella nos mira y hace gestos para que le aspiren o revisen la máquina y vean que pasa (...) nos quiere decir arréglenlo (...) depende mi vida. Eso me imagino que quiere decir y hay que actuar de inmediato. (E6)

En los pacientes observo que el solo hecho de hablarles y explicarles que el "ventilador es su pulmón" se logra sincronismo con la maquina y no es necesario sedación. (E7) (...) Para mí, la sedación también es importante, sobre todo al inicio cuando el paciente es invadido con ventiloterapia, porque es necesario que haya sincronía paciente-ventilador, de lo contrario lucha con la máquina y eso le hace daño (...) como un barotrauma y hay que evitarlo en lo posible. (E14)

Los discursos consideran procesos creativos que dan lugar a actos de cuidar, dado por cada enfermera, que actúa de un modo singular, en un entorno de intersubjetividad y relaciones en el campo de tecnologías leves, que se evidencia en la dimensión sensible de la percepción de la vida de los pacientes y del equipo de salud, que se muestra en hablas, gestos, preocupación, responsabilidad, al lado de situaciones de constante deconstrucción y construcción de territorios existenciales de trabajo en salud, articulados a criterios dados por las tecnologías duras con el uso de máquinas y tecnologías semiduras que se aplican en saberes de sedación, complicaciones por el mal uso del ventilador o falta de sincronía con el mismo (Franco y Merhy, 2011).

No obstante, se encontró participantes que priorizan las tecnologías duras, y sus propios saberes en el cuidado del paciente, como lo evidencia los siguientes comentarios:

Se puede valorar alteraciones como ondas T picudas, y/o cambios en el trazado como una bradicardia o taquicardia, en el monitor, que compruebo con la valoración del pulso apical y un electrocardiograma y si esta normal, evaluó si es por dolor, o quizá están mal colocados los electrodos (...) con la información que se tiene se contrasta con el estado general del paciente, es muy útil. (E4)

(...) como enfermeras intensivistas de niños, se controla las funciones vitales, se valora el patrón respiratorio, hemodinámico, renal pero nuestro objetivo principal es manejar parámetros y no trabajar por rutina con el ventilador, sino ir destetando al niño de la maquina y alejar de la agresividad del O₂. Esto nos ayuda, mucho más si actuamos con conocimiento actualizado. (E14)

Estos resultados llevan a reflexionar acerca de lo que ocurre en la práctica clínica diaria. Tal es así, Gerra y González (2020), encontraron en la unidad como cultura interna, el predominio del cuidado técnico y la organización centrada en profesionales, que conlleva hacia la asistencia deshumanizada. Se suma Bucci et al. (2021), quien señala que ajustar los parámetros de la ventilación mecánica pueden ser insuficientes si no sabe el funcionamiento de la maquina y sugiere articular la comunicación eficaz, así como el compromiso del equipo de salud en el juicio clínico del avance físico, psicológico y espiritual del paciente.

Este desafío de la comprensión del acto cuidador y la vinculación de los equipos de trabajo de las unidades críticas devela transformar la práctica mediante respuestas construidas a partir de la reflexión, solidaridad, empeño de los enfermeros y demás actores sociales en la producción de cuidado centrado en las tecnologías leves.

Momentos de hablas, escuchas e interpretaciones

En este tema generador visualiza que las enfermeras aplican las tecnologías relacionales en la práctica diaria, tales como se observan en los discursos; la comunicación, toque, tono de voz, la caricia, gestos como evidencia de tecnologías leves, en el cuidado:

(...) si el paciente esta despierto, lo saludo así no pueda contestarme (...) le digo voy a cuidarle "me llamo Sonia" soy enfermera. (...) trato de hacer todo lo que este a mi alcance para que el paciente mejore. (E4)

(...) hay que tener en cuenta que algunos de los pacientes están sedados y otros despiertos y hay que explicarles sobre el cuidado que se brinda (...) (E2)

(...) hay que hablarle, porque creo que me escucha, "hijito tienes que colaborar" porque creo que cuando está saliendo de la fase crítica, reconocerá mi voz. (E9)

En la interrelación con el niño, las palabras lo reemplazo con caricias, contacto y el arrullo porque el niño te inspira eso (...) sobre todo cuando son más pequeños. (E10)

(...) en el momento de iniciar el destete del ventilador se habla al paciente y se dice "Sr. respire" al mismo tiempo se interpreta los gestos. Por ejemplo, señala el cuello (...) ¡ah le duele la garganta ¡es el tubo orotraqueal!

(...) en esta etapa hay que estar pendiente de sus gestos, para comprenderlo y administrar un bolito de analgesia o informar al médico (...) porque cuando pasa la etapa crítica ellos refieren sentir mucho dolor cuando están con el tubo orotraqueal, es como "estar con una solución picante en la boca". (E16)

De los discursos, se desprende, que las enfermeras priorizan las tecnologías leves sobre las duras y blandas duras en un territorio que es dominio no solo del enfermero, sino también del paciente y su familia para acoger, escuchar, interesarse, contribuir a la construcción de relaciones de confianza y confort como se muestra en lo siguiente:

Cuidar pacientes rodeados de máquinas se basa en el respeto de mis colegas, el trabajo planificado y competente (...) el cuidado es de equipo porque interviene la familia, medico, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista... (E7)

La familia se acerca y pregunta ¿Cómo está mi paciente? (...) se le informa porque esta con máquinas, y con palabras sencillas, se explica en que consiste el destete de ventilador. Es muy importante sobre todo cuando está en modo CPAP porque el paciente se acostumbra al ventilador y ya no quiere respirar por sí solo, demorando el destete y su estadía en la UCI. Es en este momento en que la familia participa

ayudando con los ejercicios respiratorios del paciente, los que fueron enseñados por las enfermeras. (E15)

Los participantes de los círculos de cultura, consideran que el equipo de trabajo y la familia del paciente también necesitan cuidado, aplicando tecnologías leves, como la escucha, comunicación, gestos, creación de vínculos que posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario, articulando las tecnologías duras y blanda-duras, con una postura integral de tecnologías en salud de acuerdo a las necesidades de cuidado, en un contexto de humanización que incluye un ambiente físico, cuidado del paciente y sus familiares, así como las interacciones con el equipo de salud, que torna efectiva la asistencia a la persona con enfoque biopsico-socioespiritual, logrando posicionar la centralidad del cuidado en el usuario y no en el procedimiento. (Seixas et al., 2016; Ouchi et al., 2018)

Los autores mencionados convergen con Abreu et al. (2017) al encontrar que los enfermeros consideran relevante el uso de las tecnologías relacionales, que involucran comunicación, escucha, y acogida vinculada a la empatía, que permiten interpretar los gestos, tonos de voz, expresiones faciales, de pacientes frágiles y vulnerables, y así comprender sentimientos y ofrecer apoyo emocional al otro.

Correa y Chavarro (2021) consideran que la participación de la familia en el plan de tratamiento es una medida antidelirium, porque al incluirlos en el cuidado con una comunicación asertiva y clara favorecen el soporte y permiten el contacto físico con el paciente, mediante masajes, caricias, mensajes de apoyo en el destete de medicamentos y ventilador, optimizando el proceso de recuperación.

En el develamiento crítico del tema generador descrito se tiene al cuidador familiar como un nuevo aliado del colectivo enfermero y puede contribuir a mejorar la producción del cuidado al trabajar en espacios intercesores y compartir experiencias que se presentan en el cuidado de los pacientes estimulando la interacción entre colegas y resto del equipo.

Momentos de confianza y esperanza

Las participantes de los Círculos de Cultura presentan una codificación de afectos en una relación intercesora entre sí y los otros que precisan ser cuidados mediante el uso de tecnologías leves, que favorece el alivio del sufrimiento humano causado por la hospitalización y por la gravedad de la enfermedad, en este escenario de terapia intensiva como se muestra en los siguientes discursos:

(...) tenemos familias de la Sierra (...) y ellos son desconfiados, piensan que le hacen a su niño, quieren estar en la Unidad con toda su parentela y eso no es posible... (...) tenemos que ganar su confianza explicándole a los padres con palabras sencillas (...) estamos cuidándolo (...) allí presentes. (E10)

En lo posible así estén los pacientes sedados o despiertos les doy ánimo para que se recuperen, les hablo, que luchen por salir adelante (...) (E12)

Del mismo modo, se identifican en los discursos, encuentros entre enfermeros y familiares, creándose intersubjetivamente momentos de cuidado espiritual, producto de la decodificación del tema generador que implica afectividad frente a la muerte, mediante la escucha, ayuda frente a la angustia de la familia. Se constituye en una sensación de gratificación por trabajar en un área crítica, demostrando acogida, vínculo y aceptación como se evidencia en los relatos que a continuación se presentan: (...) durante la guardia nocturna, se tiene en la unidad un horario de visita para que ingresen los familiares, con quienes se dialoga sobre los cuidados que se brinda al paciente. De igual modo, se promueve la fortaleza en la religión mediante la oración y se mantengan unidos. (...) pero al mismo tiempo realizo una oración en silencio para que Dios los ayude, porque están pasando por una experiencia de vida muy difícil y ruego por la recuperación del paciente. (E7)

(...) nos comunicamos con el familiar para pedirle si podemos llamar al sacerdote o pueda recibir la visita de su pastor según su religión para que compartan el ritual de fe y amor por su ser querido. (E8)

(...) Así mismo compartimos la oración con una madre que sufre porque su niño esta grave, e incluso llamamos al sacerdote, pero no siempre esta...entonces oramos y en algunas ocasiones bautizamos al niño. Digo a las colegas nuevas, venir a trabajar en este servicio es una bendición de Dios, porque el Señor nos ha dado la oportunidad de trabajar con niños. (E13)

Cuando tenemos pacientes pediátricos se da pase para que los padres ingresen en varias oportunidades a la unidad y estén con el niño, porque es muy triste observar el sufrimiento de la familia y se debe brindar el apoyo espiritual, sobre todo escucharlos, porque preguntan si el niño va a salir de este proceso para llevarlo a casa. (E14).

Considerando los resultados obtenidos, se percibe en los discursos, una relación intercesora de aproximación en "estar con" y "estar cerca de" en una actitud de inclusión que singulariza y establece vínculos de confianza con el paciente, la familia y equipo

profesional, resaltando la acogida como postura, que se desenvuelve en una vertiente relacional mediante la conducta, el rescate de la subjetividad, escucha, atributos personales y empatía (Vinicius et al. 2019). En tanto, Melgarejo et al. (2020), encontró que la acogida se manifiesta con la escucha, valorando las necesidades de salud, sin embargo, existen dudas sobre la participación de todos los trabajadores de salud en el uso de esta tecnología blanda. En esta perspectiva, el develamiento crítico de este tema generador, se orienta a la producción de nuevos colectivos de trabajadores enfermeros comprometidos con el cuidado acogedor y por los vínculos que se forman entre ellos y con los pacientes, actuando en un escenario complejo de producción, como es una unidad de Terapia Intensiva.

Desvío en el cuidado/líneas de fuga

El cuidado es considerado como una producción subjetiva a partir del trabajo vivo en acto, que se da en la interacción en los encuentros entre las personas implicadas en un territorio en común de los profesionales, como de los pacientes y familias. De esta manera, la dimensión cuidadora se define como un espacio relacional donde se generan procesos de acogida, vínculo y responsabilización (Benet et al., 2016). Sin embargo, las acciones en salud han perdido aquella dimensión asistencial, como lo revela la codificación de este tema generador, con una relación empobrecida a pesar de los continuos avances científicos, como se revelan los ruidos en las unidades críticas, que no vincula y no opera con las tecnologías leves como se encuentra en los siguientes discursos:

(...) las maquinas ayudan en el cuidado del paciente, sobre todo en las necesidades biológicas, aunque es algo frio, pero es importante porque ayuda a evaluar cómo está el paciente en estas dimensiones y tenemos que estar acorde con la tecnología. (E3)

(...) la enfermera se mecaniza con la rutina, dejando de lado la parte humana ¿Por qué?... en el turno se brinda al paciente, el baño, confort, tratamiento, pero falta el tiempo para interrelacionar con la familia (...) estoy consciente que ello es una falta de cuidado. (E11)

(...) generalmente el paciente se encuentra con sedoanalgesia, por lo tanto, cuando realizo un procedimiento, trabajo en silencio, porque creo que el paciente no me escucha. (E15)

Cuando me dirijo al paciente es por el número de cama, a veces por su nombre, porque es la costumbre y es más fácil decir el 305...308, sobre todo cuando está sedado

(...) no es necesario que les hable porque creo que no me escucha, me dirijo al paciente por su nombre y/o apellido solo cuando está en destete de ventilador. (E16) Estos relatos muestran que los enfermeros se desenvuelven en un escenario de intensa dominación de falta de interrelación, considerando al paciente como objeto, cajas vacías de saberes en salud, el cual debe ser analizada por el colectivo de profesionales, porque de lo contrario tienden a abrir líneas de fuga dentro de la lógica de producción de cuidado a su manera, con empobrecimiento de las tecnologías leves, pero con un arreglo tecnológico para una articulación especial entre tecnologías duras y blandas-duras (Merhy y Camargo, 2016).

Al comparar estos resultados con Joven y Guáqueta (2019), informan que el 22% de pacientes perciben que los enfermeros priorizan el cuidado y nunca el 4%. En la apertura a la comunicación para brindar educación en salud, el 25% algunas veces y 9% nunca. Duque et al. (2020) exponen que las necesidades; de seguridad, proximidad, emocionales, información, son descuidadas por los enfermeros, dando lugar a un desajuste entre las necesidades de los familiares y los cuidados que reciben en la unidad. Por lo tanto, los enfermeros, abordan las necesidades de cuidado de los pacientes desde una postura, que se basa en la técnica, poca sensibilidad al priorizar la patología, el uso de protocolos, aunque necesarios para la organización del trabajo, pero se corre el riesgo de endurecerlo, enyesarlo, eliminando así la afectividad, creatividad y por lo tanto, limitado a un trabajo muerto (Seixas et al. 2016).

Esto exige dar un cambio hacia el trabajo vivo en acto, al problematizar los conflictos vivenciados en el trabajo de salud en UCI, que expresan subjetividades que operan en la realidad, y afectan a los miembros del equipo de salud y en función de esto, mejorar estas líneas de fuga, desvíos, que implica desterritorializar estas prácticas para crear otras formas de expresión y construir nuevos territorios de cuidado, que permita encuentros cuidadores y dar lugar que la vida del otro es importante y enriquecer así la práctica y a nosotros mismos, mediante la empatía, expresión de emociones, vínculos y responsabilidad en el equipo que facilite la espiritualidad (Seixas et al. 2016).

Al mismo tiempo, se puede instituir la Educación Permanente en Salud como una estrategia para la construcción de procesos centrados en la problematización de la práctica, mediante una reflexión crítica y emancipadora para buscar soluciones de los problemas cotidianos en las unidades críticas (Borges et al., 2019). Los que deben estar articularlo con los otros territorios, que se

constituyen en el I y II nivel de atención según estructura del Ministerio de Salud (MINSA) del país, para dar continuidad del cuidado a los pacientes cuando salen de alta de la UCI.

CONCLUSIONES

Se concluye que el buscar comprender las formas de cuidar o descuidar que las enfermeras aplican en las unidades críticas muestran implementación de tecnologías leves y leves duras, pero todavía persiste enfermeras que tienen como centralidad el uso de las tecnologías duras. Tal es así, que la investigación proporcionó identificar cinco temas generadores en el proceso de cuidar, demostrando un proceso de trabajo donde se establece un encuentro entre enfermeros y pacientes en una producción de cuidado, que se desenvuelven en dos grandes ejes. El primero es el trabajo vivo en acto, junto a las tecnologías de cuidado, seguido de los procesos de subjetivación como elementos que componen el trabajo cotidiano.

Esto se constituye relevante porque es prioridad las tecnologías leves con énfasis en la dimensión relacional que se asocian a las tecnologías duras y leves-duras en la producción de cuidado al paciente crítico mediante implementación de tecnologías leves como centro de cuidado, que posibilita al enfermero actuar sobre la realidad singular de cada paciente junto a la familia. En ese espacio de trabajo vivo, el colectivo enfermero muestra autonomía en la producción de actos de salud, que se construye y re-construye la libertad del hacer, de manera que se produzcan encuentros entre cuidador y ser de cuidado y la organización institucional, que al mismo tiempo involucre el seguimiento de cuidado a los pacientes egresados de la UCI en los otros niveles de atención en salud que se tiene en el país.

Sin embargo, también se evidenció un trabajo muerto con centralidad del cuidado en las tecnologías duras y leves-duras. Esto debe llevar a las enfermeras, a un debate para analizar la problemática y realizar cambios del modelo tecno-asistencial para la salud como posibilidad de ser enfrentados por los trabajadores de los tres niveles de atención del MINSA.

Por lo tanto, es necesario que se formen Círculos de Cultura con enfermeros y autoridades que integran la gestión de las unidades críticas y de las Instituciones de Salud, para analizar problemas entre la polaridad y el control en el uso de las tecnologías de cuidado, que después de un análisis colectivo en cada círculo, puedan concluir en temas generadores relevantes que requieran pronta solución, mediante una estrategia

de Educación Permanente de salud, con el fin de proponer una asistencia con prioridad en el uso de tecnologías leves en la práctica, logrando transformaciones del trabajo. La Educación Permanente en salud no necesita de conocimientos, como depósito bancario, sino el auténtico desarrollo de libertad, concientización, dialogo, acción, reflexión, con y para el otro. De tal manera que, se logre articular las tecnologías, con coherencia entre dialogo y la práctica, que hace más humano el cuidado, cuando se apliquen las tecnologías leves con enfoque intercesor y se conviertan en nuevos modelos en las instituciones de salud, mediante un trabajo creativo, flexible que enfrenta contingencias de singularidad de los pacientes y lograr así un trabajo más vivo que muerto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abreu, T. F. K., Amendola, F., y Trovo, M. (2017). Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. *Rev Bras. Enferm*, 70(5), 981-987.
- Aguilar, G., y Martínez T. C. (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina crítica*, 31(3), 171-173.
- Almeida, L. A., De Jesus, D., y Leal, T. (2018). Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 28(3), e280320
- Antonini, F. O., y Heideman, I. T. (2020). Paulo Freire's research itinerary; contributions for promoting health in the teaching profession. *Rev. Bras. Enferm.*, 73(4).
- Barbosa, R., Antunes, E., Saba, Y., y Gonçalves, E. (2021). Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. *Research, Society and Development*, 10(1), 1-8.
- Benet, M., Elias, E., y Pla, M. (2016). Devenir cartógrafa. *Athena Digital*, 16(3), 229-242.
- Borges, F. A., Fortuna, C., Feliciano, A., Ogata, M., et al. (2019). Analysis of professional implication as a tool of permanent education in health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27, e3189.
- Bucci, A. F., Deguer, M., Marocco, E., y Boaventura, A. (2021). Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva sobre ventilação mecânica: estudo exploratório-descritivo. *Rev Recien*, 11(35), 287-296.
- Correa P. L., y Chavarro, G. A. (2021). Integralidad en la atención del paciente crítico: buscando un camino para humanizar la UCI. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21, 77-82.
- Duque, D., Rincón, E., y León, V. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3), e14308.
- Escobar, C. B. y Cid, H. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46.
- Franco, T. B. y Merhy E. E. (2011). Recognizing the subjective production of care. *Rev. Salud Colectiva*, 7(1), 9-20.
- Gomes D. S., da Silva, T., da Silva, A., de Oliveira, J., Pereira, E., y Godinho, K. (2020). Boas Práticas de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: Desenvolvendo o Histórico de Enfermagem. *Enferm. Foco*, 11(1), 21-26.
- Guerra, M. M. D. y González, F. R. N. (2020). Satisfacción de pacientes y cuidadores familiares en unidades de cuidados intensivos de adultos: revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 32(2021), 207-219.
- Guerrero, L. M. A., Antolinez, M., López, G., y Martínez, A. (2019). Impacto sobre resultados hospitalarios de una política de flexibilización de horarios de visitas a la Unidad de Cuidado Intensivos. *Acta Colomb. Cuid Intensivo*, 19(4), 177-182.
- Heidmann, I. T., Sartori, I., Fernandes, P., Costa, C., Baeta, M., y Kuntz, M. (2017). Reflections on Paulo Freire's Research Itinerary contributions. *Texto Contexto Enferm*, 26(4), e0680017.
- Herrera, H. J., Llorente, Y., Suarez, S., y Oyola, E. (2021). Needs in relatives of critical patients of a IV level institution in Montería, Colombia. *Enfermera Global*, 61(1), 295-304.
- Joven, Z. M., y Guáqueta, P. S. R. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1), 65-74.
- Melgarejo, A. G. J., Unfer, B., Elias, E., y Balbinot, J. (2021). Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão sistemática e metassintese. *Re.APS*, 23(1), 7-25
- Merhy, E. E., y Camargo, L. M. F. M. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Em A. Celestino (Ed), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 59-72)
- Monroy, G. A. M., Lara, K., y Cassia, R. (2018). Liberating critical pedagogy of Paulo Freire in the scientific production of Nursing 1990-2017. *Rev Bras Enferm.*, 71(4), 1751-8.
- Moraes, A. P. J., y Rodrigues, M. R. (2021). Competência profissional do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Rev Recien*, 11(36), 320-329.
- Ouchi, J. D., Rodrigues, A., de Oliveira, B., Vasques, R., y Bueno, M. (2018). O papel do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Revista Saúde em Foco*, 10, 412-428
- Rodrigues, S. J. W. (2021). Percepção Dos Enfermeiros da atenção básica sobre tecnologias do cuidado: nurses' perception of basic care technologies. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(33), 204-211.
- Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., y Slomp, J. H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12(1), 113-123.
- Sepulveda M. I., Betancourt, S., Güell, M., Peña, A., Barbagelata, I., Higuera, G., y Muñoz, R. (2021). Gobernanza de Enfermería: Adaptación en tiempos de Pandemia. Experiencias en Clínica las Condes. *Revista Médica Clínica las Condes*, 32(1), 49-60.
- Shoji, S., Valéria, D. de O. N., Maurício, V., y Cabral, P. (2017). O cuidado de enfermagem em Estomatoterapia e o uso das tecnologias. *ESTIMA*, 15(3), 169-177.
- Soares, S. R. (2019). Contribuições do processo de enfermagem e da sistematização da assistência para a autonomia do enfermeiro. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4), e1777.
- Souza, S. D., Martins, S., Elias, E. (2018). Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência y Saude Colectiva*, 23(3), 861-870.
- Venuti, M. S., Pedace, M., Díaz, A., Roffo, A., Bejarano, A., et al. (2021). Encuesta a familiares de pacientes internados en unidades de cuidados críticos sobre sus creencias religiosas, su opinión sobre cuidados de fin de vida y sus preferencias de horarios de visita. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21, 308-314.
- Vinicius, A., Ávila, N., dos Santos, M., y Afonso, J. (2019). O acolhimento na Percepção de Psicólogos Hospitalares. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 39, 1-14.